

The Medical Service Reimbursement Operation for High-Cost Cases under the Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health*

Thamonphan Jinpong¹ Chardsumon Prutipinyo^{2*} Natnaree Aimyong³

1 M.Sc. (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University

Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Division of Health Economic and Health Security, Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, email: thamonphan.yok@gmail.com

2 Assistant Professor, Department of Epidemiology, Faculty of Public Health, Mahidol University

3 Professor, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University

*Corresponding author: e-mail : chardsumon.pru@mahidol.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation:

Jinpong, T., Prutipinyo, P. D., & Aimyong, A. D. The Medical Service Reimbursement Operation for High-Cost Cases under the Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health. *Journal of Health Policy, Law and Administration*, 12(3), 83–97. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/289109

Received: 5 May 2026

Revised: 22 May 2026

Accepted: 25 May 2026

Abstract

This mixed-methods study aimed to examine the operations and factors influencing Medical Service Reimbursement for High-Cost Cases of the Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health. Quantitative data were derived from secondary data sets from the Ministry of Public Health, for fiscal years 2019–2023 (B.E. 2562–2566) and analyzed using descriptive statistics and multiple regression analysis. Qualitative data were collected through in-depth interviews with six key informants, including administrators and other relevant stakeholders, using semi-structured questionnaire.

Findings revealed that the number of health insurance cardholders peaked in 2020 (712,177 individuals) and declined to 538,377 in 2023, with community hospitals maintaining the highest proportion of cardholders. Factors significantly influencing reimbursement payments included the number of service users (the primary factor), outpatient treatment (which decreased costs), and being a central hospital, general migrant group, or dependents under 7 years old (which increased costs). The model explained 30.6% of the variance in expenditures ($R^2=0.306$).

The fund continues to face financial sustainability challenges because insurance premiums do not reflect actual costs. Policy recommendations include adjusting the Adjusted Relative Weight (AdjRW) threshold from ≥ 4.00 to ≥ 2.00 to ensure hospitals receive appropriate compensation and to reduce unnecessary patient referrals. Additionally, the study suggests developing real-time data-reporting systems and advocating for legislative support to ensure comprehensive migrant coverage within the health system.

Keywords: Medical Service Reimbursement; High-Cost Cases; Migrant Health Insurance Scheme

* This article is part of the thesis entitled “*The Financial Operation of Migrant Health Insurance Scheme, Ministry of Public Health*”

การดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข*

ธมลพรห์ จินต์พงศ์¹ ฉัตรสุนัน พฤตนิญโญ^{2*} ณัฐนารี เอมยงค์³

1 หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์, ภาควิชาระบาดวิทยา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

3 ศาสตราจารย์, ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*อีเมลติดต่อ chardsumon.pru@mahidol.ac.th

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 5 พฤษภาคม 2569

วันแก้ไข 22 พฤษภาคม 2569

วันตอบรับ 25 พฤษภาคม 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อศึกษาการดำเนินงาน และปัจจัยที่ส่งผลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากฐานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2562–2566 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยคำถามแบบกึ่งโครงสร้างจากผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องรวม 6 ท่าน

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพสูงสุดในปี 2563 (712,177 ราย) และ ลดลงในปี 2566 (538,377 ราย) โดยโรงพยาบาลชุมชนมีสัดส่วนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพสูงสุด ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจ่ายชดเชยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ จำนวนคนเข้ารับบริการ (ปัจจัยหลัก), ประเภทการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลง), การเป็นโรงพยาบาลศูนย์, กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไป และกลุ่มผู้ติดตามอายุไม่เกิน 7 ปี (ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น) แบบจำลองสามารถ อธิบายความผันแปรของรายจ่ายได้ร้อยละ 30.6 ($R^2 = 0.306$)

กองทุนยังเผชิญความท้าทายด้านความสมดุลทางการเงินเนื่องจากเบี้ยประกันไม่สะท้อน ต้นทุนจริง ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือควรปรับเกณฑ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) จาก ≥ 4.00 เป็น ≥ 2.00 เพื่อให้โรงพยาบาลได้รับชดเชยที่เหมาะสมและลดการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น รวมถึง ควรพัฒนาระบบรายงานข้อมูลแบบ Real-time และผลักดันกฎหมายรองรับเพื่อให้แรงงานเข้าสู่ ระบบอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ : การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์; กรณีค่าใช้จ่ายสูง; กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

* บทความวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “การดำเนินงานด้านการเงินการคลังของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข”

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ได้กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) โดยเฉพาะเป้าหมายที่ 3 ซึ่งมุ่งเน้นการสร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี และส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย โดยมีเป้าประสงค์สำคัญคือบรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ เห็นได้ว่าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ได้มุ่งเน้นให้รัฐดำเนินการตามเป้าหมายกับบุคคลทุกเพศทุกวัน และทุกกลุ่มที่อาศัยอยู่ในรัฐ โดยมีมาตรการที่แตกต่างออกไปตามเป้าประสงค์ เพื่อเป็นหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดี เกณฑ์ตาม SDGs (Office of the National Economic and Social Development Council [NESDC], 2023)

ประเทศไทยมีนโยบายการให้บริการสุขภาพครอบคลุมทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย โดยไม่เลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากความแตกต่างทางเชื้อชาติ ศาสนา ภาษาและสถานะทางกฎหมาย เพื่อให้สอดคล้องกับหลักปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนเองและของครอบครัว (Ministry of Foreign Affairs, 2008) และ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ(ILO) และ องค์การระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน(IOM) ที่เน้นการเข้าถึงบริการสุขภาพและการคุ้มครองทางสังคมอย่างเท่าเทียม (International Labour Organization [ILO], n.d.)

ปัจจุบันประเทศไทยมีความต้องการแรงงานต่างด้าวสูงเนื่องจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจที่รวดเร็ว โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรม จากข้อมูลสถิติ ณ เดือนพฤศจิกายน 2566 พบว่ามีคนต่างด้าวที่ได้รับอนุญาตทำงานในประเทศไทยรวมกว่า 2,605,231 คน (Foreign Workers Administration Office, Department of Employment, 2023) ปัญหาสุขภาพทั้งโรคติดต่อ เช่น วัณโรค เอชไอวี และโรคหนองใน เหวี่ยง โรคเรื้อน ไวรัสตับอักเสบบี และโรคมาลาเรีย และโรคไม่ติดต่อ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง สารเสพติดให้โทษและพิษสุราเรื้อรัง มะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูก(Boosabawalai et al., 2020) การจัดระบบหลักประกันสุขภาพสำหรับแรงงานต่างด้าวจึงมี

ความสำคัญต่อทั้งความมั่นคงทางสุขภาพและระบบเศรษฐกิจของประเทศ

การดูแลสุขภาพแรงงานต่างด้าวอยู่ภายใต้การประกันสุขภาพ 2 ระบบคือ 1.) ระบบประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคม กระทรวงแรงงาน ดูแลเฉพาะกลุ่มแรงงานในระบบตามพระราชบัญญัติประกันสังคม พ.ศ.2533 และที่แก้ไขเพิ่มเติม สำหรับกิจการหรือลูกจ้างอื่นที่ไม่อยู่ในบังคับตามกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคมได้แก่ ลูกจ้างของรัฐวิสาหกิจตามกฎหมายว่าด้วยแรงงานรัฐวิสาหกิจสัมพันธ์ ลูกจ้างของกิจการเพาะปลูก ประมง ป่าไม้ และเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีได้ใช้ลูกจ้างตลอดปีและไม่มีลักษณะงานที่เป็นกิจการนอกเหนือกิจการดังกล่าวรวมอยู่ด้วย ลูกจ้างของนายจ้างที่จ้างไว้เพื่อทำงานอันมีลักษณะเป็นครั้งคราว เป็นการจร หรือเป็นไปตามฤดูกาล ลูกจ้างของนายจ้างที่เป็นบุคคลธรรมดา ซึ่งงานที่ลูกจ้างทำนั้นมีได้มีการประกอบธุรกิจรวมอยู่ด้วย ลูกจ้างของนายจ้างซึ่งประกอบการค้าหรือการค้าแฝงลอย ไม่อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติประกันสังคม (Social Security Act, B.E. 2533 [1990] ; Royal Decree Prescribing Other Businesses or Employees Not Subject to the Social Security Law, B.E. 2560 [2017]) และ 2.) ระบบประกันสุขภาพ โดยกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการโดยใช้มติคณะรัฐมนตรี จัดระบบโดยประกาศและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว กลุ่มเป้าหมายในการตรวจสุขภาพและการประกันสุขภาพ ได้แก่ แรงงานต่างด้าว สัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยชั่วคราว และอนุญาตให้ทำงานชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง และกฎหมายว่าด้วยการบริหารจัดการการทำงานของคนต่างด้าว ได้แก่ กลุ่มที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคม กลุ่มที่นายจ้างแจ้งเข้าเป็นผู้ประกันตนตามกฎหมายว่าด้วยประกันสังคมซึ่งอยู่ระหว่างรอสิทธิ รวมถึงผู้ติดตามแรงงานต่างด้าวอายุไม่เกิน 18 ปี ที่ได้รับอนุญาตให้อยู่ในราชอาณาจักรไทยชั่วคราวตามกฎหมายว่าด้วยคนเข้าเมือง คนต่างด้าวที่อยู่ในระบบการจ้างงานที่ไม่เป็นทางการ 4 สัญชาติ สัญชาติเมียนมา ลาว กัมพูชา และเวียดนาม ผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิที่รอพิสูจน์สิทธิและยังไม่ได้รับเงินอุดหนุนการจัดบริการสาธารณสุขบุคคลผู้มีปัญหาด้านสถานะและสิทธิ คนต่างด้าวที่ถูกจำหน่ายออกจากกระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยกเว้น กลุ่มที่มีสวัสดิการหรือหลักประกันสุขภาพจาก

รัฐบาลแห่งประเทศไทย ซึ่งเป็นพลเมือง กลุ่มฝรั่งต่างด้าว และกลุ่มบุคคลที่มีกฎหมายบังคับไว้แล้วว่าต้องมีหลักประกันสุขภาพ เช่น กลุ่มนักเรียน ข้าราชการ พนักงานขององค์กรระหว่างประเทศ โดยระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขครอบคลุมบริการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และรักษาพยาบาลอย่างครบวงจร ซึ่งแรงงานต่างด้าวต้องเป็นผู้จ่ายเงินค่าประกันสุขภาพต่อปี ในอัตราที่เท่ากับรัฐจ่ายให้ประชากรไทยต่อคนผ่านกลไกของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว โดยให้โรงพยาบาลดำเนินการตรวจสุขภาพและประกันสุขภาพภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (Division of Health Economics and Health Security, 2020)

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ (Ministerial Regulation on the Organization of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2560 [2017]) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว มีบทบาทในการกำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์และมาตรการในการกำหนดสิทธิประโยชน์ จัดสรรงบประมาณให้กับหน่วยบริการที่เข้าร่วมโครงการ รวมถึง การกำกับ ติดตาม และรายงานผลการดำเนินงาน สำหรับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง คณะกรรมการได้กำหนดหลักเกณฑ์ เงื่อนไขและอัตราการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ไว้ในปี พ.ศ.2558 จนถึงปัจจุบัน เพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของหน่วยบริการ และสนับสนุนให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวในปัจจุบันยังคงเผชิญกับข้อจำกัดหลายประการ เนื่องจากเป็นระบบประกันสุขภาพที่อาศัยการซื้อประกันของแรงงานต่างด้าวเป็นหลัก โดยยังไม่มีกฎหมายเฉพาะที่กำหนดให้แรงงานต่างด้าวทุกคนต้องเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขอย่างครอบคลุม ส่งผลให้การซื้อประกันสุขภาพไม่ครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด และเกิดความเสี่ยงจาก “การเลือกทำประกันเฉพาะผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วย” (Adverse Selection) ผู้ที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพสูงมีแนวโน้มเข้าสู่ระบบมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพดี ทำให้รายรับจากเบี้ยประกันไม่เพียงพอต่อรายจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ โดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง

นอกจากนี้ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายจากการให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวและประชากรข้ามชาติ ทั้งในกลุ่มที่มีสิทธิประกันสุขภาพและกลุ่มที่ยังไม่เข้าสู่ระบบ ส่งผลให้เกิดค่าใช้จ่ายค่าจ้างชำระหรือภาระทางการเงินของหน่วยบริการในบางพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลชายแดนและโรงพยาบาลที่มีแรงงานต่างด้าวหนาแน่น ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการ การเข้าถึงสิทธิ การจัดเก็บรายได้ และการชดเชยค่าใช้จ่ายแก่หน่วยบริการ โดยเฉพาะกรณีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งมีการเบิกจ่ายจริงต่ำกว่ายอดขอรับชดเชย รวมถึงข้อจำกัดด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่ยังดำเนินการได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ (Sairat et al., 2023)

การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูง จึงมีความสำคัญ เนื่องจากเป็นรายการค่าใช้จ่ายที่มีผลกระทบต่อเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนและโรงพยาบาลโดยตรง แม้จำนวนผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจไม่มากเมื่อเทียบกับผู้รับบริการทั้งหมด แต่ค่าใช้จ่ายต่อรายมีมูลค่าสูง และอาจทำให้โรงพยาบาลมีรายรับต่ำกว่ารายจ่ายจากการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว การวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวจึงช่วยให้เห็นแนวโน้มภาระค่าใช้จ่าย ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจ่ายชดเชย และข้อจำกัดของกลไกการบริหารกองทุน เพื่อนำไปใช้ประกอบการปรับปรุงหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราการจ่ายชดเชยให้เหมาะสมกับต้นทุนบริการที่แท้จริงมากขึ้น โดยเฉพาะในมิติของแนวโน้มการจ่ายชดเชย ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อจำนวนเงินชดเชย และผลกระทบต่อความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข การศึกษานี้จึงมุ่งเติมเต็มช่องว่างดังกล่าว โดยวิเคราะห์สถานการณ์การจ่ายชดเชยกรณีค่าใช้จ่ายสูง และสังเคราะห์ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยให้มีประสิทธิภาพเป็นธรรม และยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

ควรเพิ่มการทบทวนงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศในประเด็นที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนการประกันสุขภาพของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขในช่วงปีงบประมาณ 2562–2566 พบว่าจำนวนผู้ขึ้นทะเบียนประกันสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในช่วงสถานการณ์โควิด-19 และลดลงภายหลัง ทั้งนี้พบว่า หน่วยบริการได้ขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนส่วนกลางเป็น

จำนวนเงินทั้งสิ้น 2,129,174,826.68 บาท ซึ่งได้รับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง จากกองทุนส่วนกลาง จำนวนเงินทั้งสิ้น 1,537,630,810.68 บาท (Division of Health Economics and Health Security, 2023) น้อยกว่าจำนวนที่ขอรับการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ภาระค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะกลุ่มแม่และเด็ก และโรคเรื้อรัง มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลกระทบต่อเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนและภาระของสถานพยาบาลภาครัฐ

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาว่า การดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุขเป็นอย่างไร และมีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดหลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายชดเชยที่เหมาะสม เพื่อปรับปรุงระบบการทำงานของกองทุนให้มีประสิทธิภาพและสร้างความมั่นคงทางสุขภาพที่ยั่งยืนให้แก่ทุกคนที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed-Method) โดยข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 และข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ด้วยคำถามแบบกึ่งโครงสร้างเป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ซื้อประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ที่อยู่ในข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 และผู้บริหารกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 6 คน คัดเลือกจากโรงพยาบาลที่ได้กำไรและโรงพยาบาลที่ขาดทุนสูงสุดจากการให้บริการทางการแพทย์กับคนต่าง

ด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 โดยการวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดจึงไม่ได้มีการสุ่มตัวอย่างหรือคำนวณประเภทกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิ จากกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2566) จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 (1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2566)

2.แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interviews) เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งแนวคำถามของแบบสัมภาษณ์ได้มาจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาสร้างแนวคำถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โครงสร้างคำถามในการสัมภาษณ์ ได้แก่ การดำเนินงานด้านการเงินการคลังของกองทุนประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าวและคนต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยเสนอแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัย ต่ออาจารย์ที่ปรึกษา รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษา และให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงให้เหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะที่ได้รับนำมาปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ให้ถูกต้องตามที่อาจารย์ที่ปรึกษาให้คำแนะนำและส่งแบบสัมภาษณ์ให้อาจารย์ที่ปรึกษา พิจารณาอีกครั้งจนได้รับการยอมรับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขอรับเอกสารรับรองการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

2. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ

3. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมโดยได้ดำเนินการนัดหมายและสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง ในโรงพยาบาลที่ได้กำไรและโรงพยาบาลที่ขาดทุนสูงสุดจากการให้บริการทางการแพทย์กับคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีประกันสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 เก็บรวบรวมด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล โดยการสัมภาษณ์ผ่านช่องทางออนไลน์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์คนละ 20 นาที

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COANo. MUPH 2025-017 รหัสโครงการ 177/2567 เมื่อวันที่ 20 มกราคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการวิเคราะห์คนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพ โรงพยาบาลที่ขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 -2566 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล ได้แก่ ค่าร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยเน้นการวิเคราะห์เชิงทำนาย เพื่อดูว่าปัจจัยใดมีอิทธิพลต่อรายจ่ายที่กองทุนส่วนกลางจ่ายชดเชยให้โรงพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข

3. การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อสังเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ให้เป็นระบบและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยเริ่มจากการจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูลตามประเด็นสำคัญ ได้แก่ การช่วยเหลือโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีรายรับต่ำกว่ารายจ่ายจากการให้บริการแก่ผู้มีสิทธิประกันสุขภาพคนต่าง

ด้าวและแรงงานต่างด้าว ข้อจำกัดและข้อควรพัฒนาในการดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง แนวทางการจ่ายชดเชยจากกองทุนส่วนกลางให้แก่โรงพยาบาล และข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบการจ่ายชดเชยให้มีความยั่งยืนและลดความเสี่ยงทางการเงินของโรงพยาบาล จากนั้นผู้วิจัยวิเคราะห์สรุปอุปนิสัย โดยสังเคราะห์ข้อมูลจากคำให้สัมภาษณ์เป็นประเด็นหลักและประเด็นย่อย พร้อมยกตัวอย่างถ้อยคำสำคัญของผู้ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบ และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ

1. ข้อมูลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 – 2566 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในรอบ 5 ปี โดยพบจำนวนสูงสุดในปี พ.ศ. 2563 คือ 712,177 ราย และมีจำนวน 538,377 ราย ในปี พ.ศ. 2566 เมื่อพิจารณาจำแนกตามประเภทสถานพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลชุมชน เป็นกลุ่มสถานพยาบาลที่มีผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพมากที่สุดและมีสัดส่วนการเติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ซื้อบัตรจำนวน 121,315 ราย (ร้อยละ 48.98) และสัดส่วนดังกล่าวได้ขยายตัวขึ้นจนถึง ร้อยละ 59.27 (จำนวน 319,119 ราย) ในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแรงงานต่างด้าวส่วนใหญ่เลือกใช้บริการและซื้อสิทธิประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือระดับอำเภอมากขึ้นโรงพยาบาลทั่วไป มีแนวโน้มสัดส่วนผู้ซื้อบัตรลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีสัดส่วนอยู่ที่ร้อยละ 39.59 (จำนวน 98,054 ราย) และลดลงเหลือ ร้อยละ 25.57 (จำนวน 137,656 ราย) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 แม้จำนวนรายบุคคลจะมากกว่าปีเริ่มต้น แต่เมื่อเทียบเป็นสัดส่วนร้อยละในภาพรวมกลับมีทิศทางที่ลดลงโรงพยาบาลศูนย์ พบว่ามีความผันผวนของจำนวนผู้ซื้อบัตร โดยมีจำนวนสูงสุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (จำนวน 161,483 ราย หรือร้อยละ 22.67) และลดลงเหลือ ร้อยละ 15.16 (จำนวน 81,602 ราย) ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่ซื้อบัตรประกันสุขภาพโรงพยาบาลที่ขายบัตรประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 -2566 จำแนกตามประเภทโรงพยาบาล

ประเภทโรงพยาบาล	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 จำนวน (ร้อยละ)	ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จำนวน (ร้อยละ)
โรงพยาบาลชุมชน	121,315 (48.98)	355,046 (49.85)	253,021 (50.80)	319,778 (57.71)	319,119 (59.27)
โรงพยาบาลทั่วไป	98,054 (39.59)	195,648 (27.47)	137,421 (27.60)	144,824 (26.14)	137,656 (25.57)
โรงพยาบาลศูนย์	28,310 (11.43)	161,483 (22.67)	107,539 (21.60)	89,517 (16.15)	81,602 (15.16)
รวม	247,679	712,177	497,981	554,119	538,377

2. การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข เป็นจำนวนเงินที่กองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข จ่ายคืนหรือชดเชยให้แก่หน่วยบริการ/โรงพยาบาล สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ที่เกิดจากการดูแลรักษาผู้มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะกรณีที่เข้าเกณฑ์การเบิกจ่ายจากกองทุน เช่น กรณีค่าใช้จ่ายสูง ทั้งนี้ การจ่ายชดเชยดังกล่าวเป็นกลไกสำคัญในการลดภาระค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล และสนับสนุนให้หน่วยบริการสามารถให้บริการแก่แรงงานต่างด้าวได้อย่างต่อเนื่อง จากการวิเคราะห์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2566 พบว่า ในช่วงปีงบประมาณ พ.ศ. 2562-2566 ค่าเฉลี่ยการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์โดยรวมอยู่ที่ 38,483.25 บาท โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีค่าเฉลี่ยการจ่ายชดเชยสูงที่สุด เท่ากับ 53,168.59 บาท ขณะที่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด เท่ากับ 35,267.60 บาท สะท้อนให้เห็นว่า ในช่วงต้นของการศึกษา กองทุนมีการจ่ายชดเชยต่อรายการหรือหน่วยวิเคราะห์ในระดับสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับปีต่อมา เมื่อพิจารณาแนวโน้มรายปี พบว่า ค่าเฉลี่ยการจ่ายชดเชยลดลงอย่างชัดเจนจากปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เท่ากับ 53,168.59

บาท เหลือ 37,723.12 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 และลดลงต่อเนื่องเป็น 36,577.08 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 และ 35,267.60 บาท ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ก่อนจะเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 เป็น 36,209.60 บาท แสดงให้เห็นว่าโดยภาพรวมการจ่ายชดเชยมีแนวโน้มลดลงจากปี 2562 และค่อนข้างทรงตัวในช่วงปี 2564-2566 ในด้านการกระจายของข้อมูล ค่า S.D. ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เท่ากับ 544,961.40 บาท ซึ่งสูงกว่าปีอื่นอย่างชัดเจน แสดงว่าการจ่ายชดเชยในปีดังกล่าวมีความแตกต่างกันมากระหว่างรายการหรือหน่วยบริการ กล่าวคือ มีบางรายการที่ได้รับการจ่ายชดเชยในวงเงินสูงมาก เมื่อเทียบกับรายการส่วนใหญ่ ส่วนปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2566 ค่า S.D. ลดลงมาอยู่ในช่วงประมาณ 254,979.79-286,776.43 บาท สะท้อนว่าการกระจายของจำนวนเงินจ่ายชดเชยลดลงเมื่อเทียบกับปี 2562 แต่ยังคงมีความแตกต่างค่อนข้างสูง เมื่อพิจารณาค่าสูงสุด พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 มีค่าสูงสุดมากที่สุด คือ 36,063,088.21 บาท ขณะที่ปีอื่นมีค่าสูงสุดอยู่ระหว่างประมาณ 10-13 ล้านบาท โดยปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 มีค่าสูงสุด 12,982,554.66 บาท ส่วนค่าต่ำสุดของทุกปีเท่ากับ 0.00 บาท แสดงว่าในทุกปีมีรายการหรือกรณีที่ไม่มีรายการจ่ายชดเชย หรืออาจเป็นรายการที่ไม่เข้าเกณฑ์การจ่าย ไม่ผ่านการอนุมัติ หรือมีข้อมูลการเบิกจ่ายที่ไม่เกิดจำนวนเงินชดเชย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 -2566

ปีงบประมาณ พ.ศ.	ค่าเฉลี่ย (Mean)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าสูงสุด (Maximum)	ค่าต่ำสุด (Minimum)
2562	53,168.59	544,961.40	36,063,088.21	0.00
2563	37,723.12	286,776.43	12,188,378.31	0.00
2564	36,577.08	254,979.79	10,131,258.19	0.00
2565	35,267.60	257,161.06	11,300,585.26	0.00
2566	36,209.60	269,050.16	12,982,554.66	0.00
รวม	38,483.25	315,446.18	36,063,088.21	0.00

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 -2566 พบว่า ประสิทธิภาพของแบบจำลอง ตัวแปรอิสระทั้งหมดในแบบจำลอง ได้แก่ เพศ สัญชาติ ผู้รับบริการ จำนวนคนเข้ารับบริการ ประเภทโรงพยาบาล ประเภทการรักษาพยาบาล และปีงบประมาณ มีความสัมพันธ์พหุคูณกับการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขทั้งหมดเท่ากับ 0.553 ($R = 0.553$) ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่นำมาศึกษาในแบบจำลองนี้สามารถอธิบายความผันแปรของการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุข ได้ร้อยละ 30.6 ($R^2 = 0.306$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของแบบจำลอง พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} = < 0.001$) แบบจำลองนี้สามารถพยากรณ์การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขได้อย่างมีนัยสำคัญ ค่า F-test เท่ากับ 287,672.172 ($P\text{-value} < 0.001$) แสดงว่าแบบจำลองนี้มีนัยสำคัญทางสถิติ หรือกล่าวได้ว่ามีตัวแปรอิสระอย่างน้อยหนึ่งตัวที่สามารถพยากรณ์รายจ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

จำนวนคนเข้ารับบริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ยังมีผู้ใช้บริการมาก รายจ่ายยิ่งเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ($Beta = 0.497$) โดยมีทิศทางบวก ($B = 10,339.883$) หมายความว่า เมื่อจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น 1 ราย จะส่งผลให้รายจ่ายของกองทุนเพิ่มขึ้นประมาณ 10,339.88 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ประเภทการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก มีอิทธิพลในทิศทางลบ ($B = -218,128.791$) หมายความว่า การรับบริการแบบผู้ป่วยนอก (OPD) มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าการรับบริการประเภทการรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยในประมาณ 218,128.79 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ประเภทโรงพยาบาล หากเป็นโรงพยาบาลศูนย์ จะส่งผลให้มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ สูงกว่า ประเภทโรงพยาบาลอื่น ประมาณ 30,682.13 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผู้รับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มคนต่างด้าวทั่วไป เป็นกลุ่มที่มีผลให้มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบประมาณ 31,539.05 บาท และกลุ่มผู้ติดตามอายุไม่เกิน 7 ปี ส่งผลให้การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ สูงกว่า กลุ่มเปรียบเทียบประมาณ 16,994.02 บาท

ปีงบประมาณ มีผลในทิศทางลบเล็กน้อย ($B = -1,869.198$) แสดงว่าเมื่อปีงบประมาณเปลี่ยนไป การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์มีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่ไม่มีอิทธิพลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งหมายความว่า

ว่าปัจจัยเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลต่อความเปลี่ยนแปลงของรายจ่ายอย่างชัดเจนในแบบจำลองนี้ คือ โรงพยาบาลทั่วไป, สัญชาติเมียนมา, สัญชาติอื่นๆ และเพศหญิง

ปัจจัยที่ส่งผลบวกต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ของกระทรวงสาธารณสุขมากที่สุดคือ

จำนวนคนเข้ารับบริการ และหากเป็นบริการจากโรงพยาบาลศูนย์ หรือเป็นกลุ่มคนต่างด้าวทั่วไป จะมีแนวโน้มค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ในขณะที่การรับบริการประเภทผู้ป่วยนอก (OPD) เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลงเมื่อเทียบกับการบริการประเภทอื่น ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลที่ให้การรักษายาบาลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข

ปัจจัยที่มีอิทธิพล	B	Std. Error	Beta	t	P-value	Tolerance	VIF
(Constant)	4957362.910	2311234.293		2.145	0.032		
โรงพยาบาลทั่วไป	145.085	2886.551	0.000	0.050	0.960	0.925	1.081
โรงพยาบาลศูนย์	30682.132	3401.834	0.032	9.019	<0.001	0.931	1.074
กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไป	31539.047	3876.711	0.033	8.136	<0.001	0.709	1.410
กลุ่มผู้ติดตามอายุไม่เกิน 7 ปี	16994.023	2720.066	0.025	6.248	<0.001	0.761	1.314
สัญชาติเมียนมา	-914.798	3313.570	-0.001	-0.276	0.782	0.937	1.067
สัญชาติอื่นๆ	5824.426	3072.319	0.007	1.896	0.058	0.863	1.159
เพศหญิง	2238.055	2522.485	0.003	0.887	0.375	0.935	1.069
การรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยนอก	-218128.791	3503.354	-0.222	-62.263	<0.001	0.931	1.074
ปีงบประมาณ	-1869.198	900.932	-0.007	-2.075	0.038	0.907	1.103
จำนวนคนเข้ารับบริการ	10339.883	73.284	0.497	141.094	<0.001	0.950	1.053

$R^2 = 0.306$, Adjusted R Square = 0.306, F = 287672.17211, P-value = <0.001

ผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร 6 คน ผลการสัมภาษณ์ มี 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 การช่วยเหลือโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขที่มีรายรับต่ำกว่ารายจ่าย(ขาดทุน) ในการให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้รับบริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่า โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขบางแห่งประสบปัญหาการรายรับต่ำกว่ารายจ่ายจากการให้บริการแก่ผู้รับบริการที่มีสิทธิประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่

ที่มีแรงงานต่างด้าวจำนวนมาก หรือมีภาระการรักษาผู้ป่วยในและผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงจำนวนมาก ส่งผลให้หน่วยบริการต้องรับภาระต้นทุนที่สูงกว่ารายรับที่ได้รับจากระบบประกันสุขภาพ

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเสนอว่า แนวทางการช่วยเหลือโรงพยาบาลควรเริ่มจากการทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพให้สะท้อนต้นทุนบริการจริง เนื่องจากอัตราเบี้ยประกันในปัจจุบันอาจไม่เพียงพอต่อภาระค่าใช้จ่ายทางการแพทย์ที่เกิดขึ้นจริง นอกจากนี้ ควรเพิ่มจำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวให้เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้เกิดการถ่วงเฉลี่ยความเสี่ยงตามหลักการประกันสุขภาพ และลดภาระค่าใช้จ่ายที่ตกอยู่กับโรงพยาบาลรายแห่ง

อีกแนวทางหนึ่งที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอ คือ การจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสี่ยง หรือ Risk Pool ในระดับจังหวัด ระดับเขต หรือระดับส่วนกลาง เพื่อช่วยกระจายความเสี่ยงทางการเงินระหว่างพื้นที่และระหว่างโรงพยาบาล โดยเฉพาะโรงพยาบาลที่มีผู้ป่วยค่าใช้จ่ายสูงจำนวนมาก นอกจากนี้ ยังควรปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายให้มีความรวดเร็ว ลดระยะเวลาค้างชำระ และจัดสรรงบประมาณส่วนต่างให้แก่โรงพยาบาลที่มีผลขาดทุนสุทธิจากการให้บริการกลุ่มสิทธินี้

ความเห็นจากการสัมภาษณ์ ได้แก่

“ควรทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพให้สะท้อนต้นทุนบริการจริง”

“ควรเพิ่มจำนวนคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวให้มาซื้อประกันสุขภาพ เพื่อที่จะนำมาถัวเฉลี่ยค่าใช้จ่ายตามหลักการประกันสุขภาพ”

“ควรจัดตั้งกองทุนชดเชยความเสี่ยง หรือ Risk Pool ระดับเขต ระดับจังหวัด หรือส่วนกลาง”

“ควรปรับปรุงระบบเบิกจ่ายให้รวดเร็ว ลดระยะเวลาค้างชำระ และจัดสรรงบประมาณส่วนต่างให้โรงพยาบาลที่มีผลขาดทุนสุทธิจากกลุ่มสิทธินี้”

จากผลการสัมภาษณ์ดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าการช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีรายรับต่ำกว่ารายจ่ายจำเป็นต้องดำเนินการทั้งในด้านรายรับของกองทุน การปรับอัตราการจ่ายชดเชย การพัฒนาระบบเบิกจ่าย และการสร้างกลไกเฉลี่ยความเสี่ยงทางการเงิน เพื่อให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการแก่ผู้มีสิทธิได้อย่างต่อเนื่องโดยไม่กระทบต่อเสถียรภาพทางการเงินของหน่วยบริการ

ประเด็นที่ 2 ข้อจำกัดและข้อควรพัฒนาในการดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูง ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขในปัจจุบัน

ผลการสัมภาษณ์พบว่า การดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงในปัจจุบันยังมีข้อจำกัดหลายด้าน ได้แก่ ข้อจำกัดด้านกฎหมายและระเบียบรองรับการบริหารกองทุน ข้อจำกัดด้านอัตราและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชย ข้อจำกัดด้านความล่าช้าของระบบเบิกจ่าย ข้อจำกัดด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ และข้อจำกัดด้านการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของกองทุน

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเห็นว่า *“ควรจัดทำกฎหมายหรือระเบียบเฉพาะเพื่อรองรับการบริหารกองทุนให้มีความ*

ชัดเจน เป็นระบบ และเพิ่มความคล่องตัวในการดำเนินงาน”

ในด้านการจ่ายชดเชย ผู้ให้ข้อมูลเห็นว่า *“ควรมีการปรับปรุงอัตราและหลักเกณฑ์การจ่ายชดเชยให้สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการที่แท้จริง โดยเฉพาะกรณีค่าใช้จ่ายสูง”*

นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยเห็นว่าข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นปัจจุบัน จะช่วยสนับสนุนการบริหารจัดการ การติดตาม การตรวจสอบ และการตัดสินใจเชิงนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขณะเดียวกัน ควรส่งเสริมให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม เพื่อลดปัญหาการเลือกทำประกันเฉพาะเมื่อเจ็บป่วย หรือ adverse selection และเพิ่มเสถียรภาพทางการเงินของกองทุน

โดยสรุป ประเด็นข้อจำกัดและข้อควรพัฒนาในปัจจุบันสะท้อนว่า การจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงยังจำเป็นต้องพัฒนาเชิงระบบ ทั้งในด้านกฎหมาย หลักเกณฑ์การจ่าย ระบบข้อมูล ระบบเบิกจ่าย และการขยายความครอบคลุมของผู้มีสิทธิ เพื่อให้กองทุนมีความมั่นคงและสามารถสนับสนุนหน่วยบริการได้อย่างเหมาะสม

ประเด็นที่ 3 แนวทางในการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนส่วนกลางให้โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญเสนอแนวทางการพัฒนาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนส่วนกลางหลายประการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้โรงพยาบาลได้รับค่าชดเชยที่เหมาะสมกับภาระค่าใช้จ่ายจริง ลดความเสี่ยงทางการเงินของหน่วยบริการ และทำให้ระบบการจ่ายชดเชยมีความเป็นธรรมมากขึ้น

แนวทางสำคัญที่ผู้ให้ข้อมูลเสนอ คือ การเพิ่มรายการชดเชยค่าบริการทางการแพทย์จากกองทุนส่วนกลาง โดยเฉพาะรายการที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือเป็นรายการที่ส่งผลกระทบต่อสภาพคล่องของโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังเสนอให้ปรับเกณฑ์การจ่ายชดเชยกรณีผู้ป่วยในที่มีค่าใช้จ่ายสูง โดยลดเกณฑ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอน หรือ AdjRW จากเดิมที่กำหนดตั้งแต่ 4.00 ลงมาเป็นตั้งแต่ 2.00 เพื่อให้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูงได้มากขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเสนอให้ปรับวิธีการคำนวณ อัตราการจ่าย จากเดิมที่ใช้สูตร AdjRW เท่ากับ 10,300 บาท มาเป็นการคำนวณตามค่าถ่วงน้ำหนัก หรือค่า K ตาม กลุ่มระดับหน่วยบริการ โดยเทียบเคียงจากแนวทางของ กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เนื่องจากโรงพยาบาล แต่ละระดับมีศักยภาพและต้นทุนการให้บริการแตกต่างกัน การกำหนดอัตราจ่ายตามกลุ่มระดับหน่วยบริการจึงอาจ ช่วยให้เกิดความเหมาะสมมากขึ้น “*ควรมีการปรับอัตรา การจ่ายชดเชยกรณีโรคค่าใช้จ่ายสูง (High-cost case) ลด ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ปรับตามวันนอนจาก AdjRW ≥ 4.00 เป็น ≥ 2.00 เสนอผู้บริหาร เรื่องวิธีการคำนวณอัตราการ จ่ายชดเชยค่าบริการค่าใช้จ่ายสูงเฉพาะบางรายการ มี 2 วิธี คือ 1. จ่ายตามค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) และ 2. อัตราฐาน (Base Rate) ซึ่งเดิมใช้การคำนวณอัตราการจ่ายจากค่า น้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามจำนวนวันนอนในอัตรา AdjRW = 10,300 บาท กำหนดค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) ขั้นต่ำ เพิ่ม การรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ เพิ่มการจ่ายค่ายาโรคหลอดเลือด สมอง (Stroke) และโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (Stemi) โดยให้เหมือนกับกองทุนหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติ (UC)*”

นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอให้ปรับ version ของ DRG ให้เป็นปัจจุบัน และปรับรูปแบบการจ่ายให้สอดคล้อง กับกองทุนสุขภาพอื่น ๆ เพื่อลดความยุ่งยากของ ผู้ปฏิบัติงาน หากกองทุนมีงบประมาณจำกัด อาจใช้ แนวทางคิดคะแนนตามภาระงานแล้วนำมาหารเฉลี่ยจาก งบส่วนกลางที่มี เพื่อให้การจัดสรรงบประมาณเป็นไปตาม ภาระบริการจริง

ประเด็นที่ 4 ข้อเสนอแนะ

ผลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญมี ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและเชิงปฏิบัติหลายประการ เพื่อ พัฒนาการบริหารกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและ แรงงานต่างด้าวให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น

ข้อเสนอแนะสำคัญประการแรก คือ “*ควร ประชาสัมพันธ์ถึงสิทธิประโยชน์ และการร่วมจ่ายในบาง รายการ*”

ประการที่สอง ผู้ให้ข้อมูลเสนอว่าควรมี กฎหมายหรือข้อบังคับที่ชัดเจน เพื่อให้แรงงานต่างด้าวทุก คนที่ไม่ได้อยู่ในระบบประกันสังคมต้องเข้าสู่ระบบประกัน สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขอย่างครอบคลุม ซึ่งจะ ช่วยลดช่องว่างของผู้ไม่มีสิทธิ ลดโอกาสที่บุคคลภายนอก

จะเข้ามาแสวงหาประโยชน์จากระบบ และช่วยเพิ่มฐาน รายรับของกองทุน

ประการที่สาม “*ควรทบทวนอัตราเบี้ยประกัน ใหม่ให้สะท้อนต้นทุนจริง โดยเฉพาะกลุ่มโรคที่มีค่าใช้จ่าย สูง เช่น การคลอดบุตรและโรคไม่ติดต่อ*”

ประการสุดท้าย “*ควรมีระบบรายงานแบบ real time แสดงผลภาพรวมของประเทศ สามารถกำกับติดตาม ได้ทันที ก่อนที่จะเกิดความเสี่ยงทางการเงิน*”

อภิปรายผลการวิจัย

จำนวนผู้ซื้อบัตรประกันสุขภาพมีการ เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญในปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 - 2566 โดยมีจำนวนสูงสุดในปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 (712,177 ราย) และลดลงในปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 (538,377 ราย) โดยโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) เป็นกลุ่ม สถานพยาบาลหลักที่มีผู้ซื้อบัตรมากที่สุดและมีสัดส่วนการ เติบโตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 48.98 ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 59.27 ใน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 สะท้อนให้เห็นว่าแรงงานต่าง ด้าวซื้อบัตรประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือระดับ อำเภอมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากความสะดวกในการเข้าถึง และความใกล้ชิดกับแหล่งที่พักอาศัยหรือสถาน ประกอบการ ในขณะที่โรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ศูนย์มีสัดส่วนผู้ซื้อบัตรลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของณัฐภาณี บัวดี และอดิเรก พันเขียว (Buadee & Fankhiao, 2018) ที่ระบุว่าปัจจัยสนับสนุนการเข้าถึง บริการในกลุ่มประชากรข้ามชาติ คือ การมีศูนย์สุขภาพ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ และภาคีเครือข่าย ให้บริการสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นที่ช่วยให้การเข้าถึง บริการสะดวกยิ่งขึ้น

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจ่ายชดเชยค่าบริการ ทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและ แรงงานต่างด้าว กระทรวงสาธารณสุขให้โรงพยาบาลที่ให้การ รักษาพยาบาลคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวที่มีสิทธิ ประกันสุขภาพ ของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี งบประมาณ พ.ศ. 2562 -2566 เป็นตัวแปรอิสระที่นำมา ศึกษาสามารถอธิบายความผันแปรของค่าจ่ายชดเชยได้ ร้อยละ 30.6 ($R^2 = 0.306$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (Srithamrongsawat et al., 2009) ที่ระบุว่า การจัดระบบการเงินสำหรับแรงงาน ข้ามชาติต้องมีการบริหารความเสี่ยงกรณีค่าใช้จ่ายสูง

เพื่อรักษาเสถียรภาพของกองทุน นอกจากนี้ ยังสะท้อนถึงโครงสร้างการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อดุลการเงินของหน่วยบริการ ภาระต้นทุนบริการและกลไกการชดเชยเป็นปัจจัยสำคัญต่อความมั่นคงทางการเงินของกองทุน โดยมีปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนี้

จำนวนคนเข้ารับบริการ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลมากที่สุด ($Beta = 0.497$) โดยหากจำนวนผู้ใช้บริการเพิ่มขึ้น 1 ราย จะส่งผลให้รายจ่ายกองทุนเพิ่มขึ้นประมาณ 10,339.88 บาท

ประเภทโรงพยาบาล หากเป็น โรงพยาบาลศูนย์ จะมีค่าใช้จ่ายสูงกว่าโรงพยาบาลประเภทอื่นประมาณ 30,682.13 บาท เนื่องจากโรงพยาบาลศูนย์มักรองรับผู้ป่วยที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและมีต้นทุนการรักษาที่สูงกว่า

ประเภทการรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD) มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าผู้ป่วยใน (IPD) อย่างชัดเจน (ต่างกันประมาณ 218,128.79 บาท) สอดคล้องกับบุรินทร์ เลิศไพบุลย์และณัฐฐา ยนต์จิตภักดี (Lertpaiboon & Yontarajitphakdee, 2018) ระบบการเบิกจ่ายตามกลุ่มสิทธิผู้ป่วยมีความซับซ้อนและมีความแตกต่างของอัตราการจัดจ่ายตามเงื่อนไขและลักษณะผู้ป่วย แม้เป็นโรคเดียวกันก็ได้รับสิทธิไม่เท่ากัน โดยระบบ DRG เป็นการจ่ายชดเชยตามค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ที่ปรับตามวินนอน (AdjRW) ไม่ได้สะท้อนต้นทุนบริการจริง ส่งผลให้สถานพยาบาลโดยเฉพาะกรณีผู้ป่วยใน (IPD) มีแนวโน้มได้รับชดเชยน้อยกว่าค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจริง และประสบภาวะขาดทุน

กลุ่มผู้รับบริการ กลุ่มคนต่างด้าวทั่วไปและกลุ่มผู้ติดตามอายุไม่เกิน 7 ปี ส่งผลให้มีการจ่ายชดเชยสูงกว่ากลุ่มอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐนันท์ สุตะวงศ์ (Suttawong, 2020) ศึกษาการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ กรณีค่าใช้จ่ายสูงในระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว/คนต่างด้าว ปี พ.ศ.2560 – ปี พ.ศ.2562 รายการที่มีการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงมากที่สุดในปี 2560 และ 2562 คือ ผู้ป่วยในได้แก่ ผู้ป่วยในเด็ก 0-7 ปีที่มีบัตรประกันสุขภาพต่างด้าว โดยเป็นทารกเดี่ยวเกิดในโรงพยาบาล หรือภาวะตัวเหลืองในทารกแรกเกิด ไม่ระบุรายละเอียด สำหรับผู้ป่วยนอกได้แก่ รายการวัคซีนขั้นพื้นฐานในเด็ก 0-7 ปี และรายการยาต้านไวรัสเอดส์และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (Lab ARV) สัดส่วนของค่าใช้จ่ายสูงในเด็ก มีสาเหตุจากอัตรา

การคลอดของแม่ต่างด้าวและมีความต้องการให้เด็กได้รับวัคซีนพื้นฐานให้ครบ นอกจากนี้ การขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวมีการตรวจโรค HIV/AIDS ด้วยเหตุนี้ แรงงานต่างด้าวที่ตรวจพบจะได้รับการรักษาทันทีและซื้อบัตรประกันสุขภาพเพื่อรับยาต้านไวรัส

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์ของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุข

1. ความสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารความเสี่ยงและความเป็นธรรม

การที่สัญญาและประเภทต่างด้าวมีอิทธิพลเชิงลบต่อดุลรับ-จ่าย สะท้อนว่ากลุ่มประชากรบางประเภทสร้างภาระต้นทุนสูงกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการคุ้มครองทางสังคมของ Sabates-Wheeler & Waite (Sabates-Wheeler & Waite, 2003) ที่อธิบายว่าระบบสวัสดิการสำหรับประชากรเปราะบางต้องออกแบบกลไกบริหารความเสี่ยงอย่างเหมาะสมเพื่อป้องกันความไม่สมดุลทางการเงิน ข้อเสนอให้ทบทุนเบี้ยประกันสุขภาพ (เช่น 1,600 บาท) ให้สะท้อนต้นทุนจริง สะท้อนปัญหาโครงสร้างรายรับที่ไม่สอดคล้องกับสิทธิประโยชน์ที่เทียบเท่ากองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติขึ้นอยู่กับความสมดุลระหว่างรายรับและสิทธิประโยชน์ และการกำหนดเบี้ยประกันต่ำกว่าต้นทุนจริงอาจส่งผลกระทบต่อความยั่งยืนในระยะยาว การเสนอเชื่อมโยงข้อมูลกับกระทรวงแรงงานและมหาดไทย ยังสอดคล้องกับแนวคิดการบูรณาการเชิงนโยบายในกรอบการคุ้มครองทางสังคมของ Sabates-Wheeler & Waite (Sabates-Wheeler & Waite, 2003) นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Viroj Tangcharoensathien (Tangcharoensathien et al., 2017) ที่พบว่าความยั่งยืนของระบบประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติขึ้นอยู่กับโครงสร้างประชากรและกลไกการจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ ระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (Suphanchaimat et al., 2015) ยังชี้ให้เห็นว่า ความแตกต่างด้านสถานะและสิทธิการเข้าถึงบริการของแรงงานต่างด้าวมีผลต่อรูปแบบการใช้บริการและการค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพ ซึ่งสนับสนุนผลการศึกษาครั้งนี้โดยตรง ข้อจำกัดด้านการเงินการคลังและการพัฒนาเชิงระบบ ข้อเสนอเกี่ยวกับการออกระเบียบเฉพาะกองทุน การกำกับติดตาม (Monitoring) และการ

เชื่อมโยงกลไกระดับจังหวัด สะท้อนปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบ

3.2 ความสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารต้นทุนบริการ

ข้อเสนอเรื่องการปรับ AdjRW การคำนวณแบบค่าถ่วงน้ำหนัก (ค่า K) และการปรับ DRG ใหม่ สะท้อนความพยายามสร้างความเป็นธรรมระหว่างระดับหน่วยบริการ และลดแรงจูงใจในการส่งต่อผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ข้อค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ (Srithamrongsawat et al., 2009) ที่ระบุว่าระบบการเงินสำหรับแรงงานข้ามชาติต้องมีการบริหารจัดการกรณีค่าใช้จ่ายสูงอย่างรอบคอบ เพื่อป้องกันการขาดดุลของกองทุน รวมทั้งสอดคล้องกับงานของระพีพงศ์ สุพรรณไชยมาตย์ (Suphanchaimat et al., 2019) ที่ศึกษาการจัดระบบชดเชยค่าบริการการแพทย์ กรณีสิทธิประโยชน์การป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี/เอดส์ สำหรับประชากรต่างด้าวในประเทศไทย พบว่ากลไกการจ่ายชดเชยมีผลต่อความสมดุลทางการเงินของหน่วยบริการ นอกจากนี้วรรณวดี พูนพอกสิน (Poonpoksinsin, 2019) ยังเสนอว่าภาระต้นทุนการรักษาพยาบาลของแรงงานต่างด้าวเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนทางการเงินของรัฐ

ดังนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้จึงสนับสนุนข้อค้นพบได้ว่า การบริหารจัดการต้นทุนบริการและโครงสร้างผู้เอาประกันเป็นปัจจัยกำหนดเสถียรภาพทางการเงินของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าว

สรุป

การศึกษานี้พบว่า การดำเนินงานการจ่ายชดเชยค่าบริการทางการแพทย์กรณีค่าใช้จ่ายสูงของกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าวกระทรวงสาธารณสุขยังเผชิญความท้าทายด้านความสมดุลทางการเงิน โดยมีปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อรายจ่าย ได้แก่ จำนวนผู้ใช้บริการ ประเภทสถานพยาบาล (โดยเฉพาะโรงพยาบาลศูนย์) และรูปแบบการรักษา (ผู้ป่วยใน) ทั้งนี้ กองทุนยังได้รับการชดเชยต่ำกว่ายอดที่ขอรับจริง ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการปรับปรุงระบบการเบิกจ่ายและการจัดกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (DRG) ให้สอดคล้องกับต้นทุนที่แท้จริง อย่างไรก็ตาม กองทุนยังเผชิญข้อจำกัดด้านความยั่งยืนทางการเงินจากอัตราเบี้ยประกันที่ไม่สะท้อนต้นทุน เกณฑ์การชดเชยที่ยังไม่

เหมาะสม และการขาดกฎหมายรองรับให้แรงงานเข้าสู่ระบบอย่างครอบคลุม ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเชิงนโยบายต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรทบทวนเกณฑ์การจ่ายชดเชยกรณีค่าใช้จ่ายสูง โดยปรับลดเกณฑ์ค่าน้ำหนักสัมพัทธ์ (AdjRW) จากเดิม ≥ 4.0 เป็น ≥ 2.0 เพื่อให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปได้รับการชดเชยที่สะท้อนต้นทุนจริง และลดภาระการส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลศูนย์โดยไม่จำเป็น

2. ควรพัฒนาระบบรายงานข้อมูลแบบ Real-time เพื่อกำกับติดตามสถานะทางการเงินของกองทุนและหน่วยบริการ

3. กระทรวงสาธารณสุขควร พิจารณาทบทวนราคาบัตรประกันสุขภาพให้สะท้อนต้นทุนบริการจริง โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรังและการคลอดบุตร เพื่อลดความเสี่ยงจากการขาดทุนของหน่วยบริการ

4. ส่งเสริมให้แรงงานต่างด้าวเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพอย่างครอบคลุม ลดปัญหาการเข้าสู่ระบบประกันสุขภาพเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีแนวโน้มใช้บริการรักษาพยาบาลมาก (Adverse Selection) เพิ่มจำนวนประชากรในระบบและถ่วงเฉลี่ยความเสี่ยง (Risk Pooling) และเพิ่มเสถียรภาพของกองทุน

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบต้นทุนบริการ (Unit Cost) รายโรคในกลุ่มแรงงานต่างด้าวระหว่างโรงพยาบาลแต่ละระดับ เพื่อกำหนดอัตราการจ่ายชดเชย (Base Rate) ที่เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่

2. ควรวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบการร่วมจ่าย (Co-payment) ในบางรายการบริการที่มีราคาแพง เพื่อประเมินความเป็นไปได้และความยั่งยืนทางการเงินของกองทุนในระยะยาว

3. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจซื้อบัตรประกันสุขภาพ และอุปสรรคในการเข้าสู่ระบบ ทั้งด้านกฎหมาย ภาษา วัฒนธรรม และต้นทุนทางเศรษฐกิจ การผสมผสานระหว่างข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed Methods) จะช่วยให้การอธิบายสถานการณ์มีความรอบ

ด้าน และสามารถออกแบบมาตรการเชิงนโยบายที่
สอดคล้องกับบริบทจริงได้มากยิ่งขึ้น

4. ควรศึกษาผลกระทบทางการเงินของกองทุน
ในระยะยาว (Long-term financial projection)

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

- Office of the National Economic and Social Development Council. (2023). Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages. <https://sdgs.nesdc.go.th/>
- Ministry of Foreign Affairs. (2008). Universal declaration of human rights. Department of International Organizations.
- International Labour Organization. (n.d.). Mission and objectives of the ILO. Retrieved December 30, 2023, from <https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/lang-en/index.htm>
- Foreign Workers Administration Office, Department of Employment. (2023). Statistics of foreign workers in Thailand. Retrieved December 28, 2023, from <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/>
- Boosabawalai, T., Chinkham, D., Aunsri, S., Santichoti, M., & Permpholsuk, S. (2020). A review of benefit packages under the migrant health insurance scheme. Health Systems Research Institute.
- Social Security Act, B.E. 2533 (1990). (1990). Government Gazette, 107(161 Special Issue).
- Royal Decree Prescribing Other Businesses or Employees Not Subject to the Social Security Law, B.E. 2560 (2017). (2017). Government Gazette, 134(21 A).
- Division of Health Economics and Health Security. (2020). Migrant health insurance operational manual. Ministry of Public Health.
- Ministerial Regulation on the Organization of the Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, B.E. 2560 (2017). (2017). Government Gazette, 134(64 A).
- Sairat, N., Techakehakij, W., & Sairat, C. (2023). Management of Migrant Health Insurance Scheme after Transferring Chaloem Phrakiat Health Centers and the Sub-district Health Promoting Hospitals to the Local Government Organizations in 4 Provinces. *Journal of Health Science*, 32(Supplement 1), S161–S169.
- Division of Health Economics and Health Security. (2023). High-cost medical compensation report of migrant health insurance fund (2019–2022). Retrieved December 29, 2023, from <https://fwf.moph.go.th/ClaimRefundReport>
- Buadee, N., & Fankhiao, A. (2018). Development of primary healthcare access among Myanmar migrants in Mae Sot District, Tak Province. *Sakthong Journal of Humanities and Social Sciences*, 24, 86–102.
- Lertpaiboon, B., & Yontarajitphakdee, N. (2018). Patient segmentation reporting system for management. In *Thailand Quality Conference & The 19th Symposium on TQM Best Practices in Thailand*.
- Sutawong, N. (2020). A Study on the Highest Compensation for Medical Services in Health Insurance Systems for Migrant Workers/Migrants. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 5(4), 75–85.
- Sabates-Wheeler, R., & Waite, M. (2003). Migration and social protection: A concept paper. Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty.
- Tangcharoensathien, V., Thwin, A. A., & Patcharanarumol, W. (2017). Implementing health insurance for migrants, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(2), 146–151. <https://doi.org/10.2471/BLT.16.179606>
- Suphanchaimat, R., Kantamaturapoj, K., Putthasri, W., & Prakongsai, P. (2015). Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1065-z>
- Srithamrongsawat, S., Wisessang, R., & Ratjaroenkhajorn, S. (2009). Financing healthcare for migrants: A case study from Thailand. International Organization for Migration Bangkok Regional Office, Thailand.

Suphanchaimat, R., Nipaporn, S., Kosiyaporn, H., Waenwong, Y., Junchoo, S., Srinam, P., Puangkantha, W., Paiyarom, M., & Putthasri, W. (2019). System management and budget estimation for HIV/AIDS benefit for migrant in Thailand. Health Systems Research Institute.

Poonpoksinsin, W. (2019). Health Insurance for Protecting Migrant Workers: Points of View from Social Capital of Thailand. *Journal of Social Work and Social Administration*, 26(1), 1–33.

